
	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		
	FORMATO	VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA		
	CÓDIGO	GCON-F23	VERSIÓN 1	

1 DATOS GENERALES

Nombre Del Aspirante	MARIA CLAUDIA FORTICH FORTICH
Perfil	Profesional
Educación	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Grado	29/6/2011
Títulos académicos requeridos	Título Profesional Ciencias de la Salud, Ingeniería industrial y afines, Ingeniería de sistemas, Economía, administración, contaduría y afines, Ciencias sociales, derecho y ciencias políticas.
Experiencia Requerida	25 MEP

2 FORMACIÓN ACADEMICA

UNIVERSIDAD Y/O INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TITULO	FECHA DE TERMINACIÓN
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD	29/7/2011

3 EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD /EMPRESA / ORGANIZACIÓN	TIPO DE EXPERIENCIA GENERAL (G) ESPECÍFICA (E)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TOTAL DÍAS	T_AÑOS	T_MESES	T_DÍAS
CAPITAL SALUD A TRAVES DE OPCION TEMPORAL Y CIA	E	13/11/2019	7/2/2020	85	0	2	25
GRUPO ASD	E	19/9/2013	3/1/2019	1905	5	3	15
CLINICA BLAS DE LEZO	E	5/3/2013	10/9/2013	186	0	6	6
				0	0	0	0
				0	0	0	0
					0	0	0
SUB-TOTAL				2.176	5	11	46
TOTAL				6	0	16	72
				años	meses	días	total meses

Nota:

Elaboró: LeidyL.
Revisó/Aprobó: Maria I.S